LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : De l'épaisseur des os du crâne à l'état normal et à l'état pathologique Déductions opératoires, par le Dr Péan, 385 — **Bibliographie** : The Spas and Mineral Waters of Europe 389. — **Académie des sciences** : *Séance du 8 juin.* — Présidence de M. A Cornu, 389. — Valeur alimentaire des pains provenant de farines blutées à des taux d'extraction différents, 389. — Photographie par les rayons de Rœntgen d'une balle de 7mm dans le cerveau, 390. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 juin.* — Présidence de M. Hervieux, 391. — Electrolyse médicamenteuse dans le traitement des tuberculoses et des maladies de l'utérus et de ses annexes, 391. — De l'épaisseur des os du crâne à l'état normal et à l'état pathologique, 391. — Ovariotomie double chez une femme enceinte ; accouchement à terme d'un enfant vivant, 391. — Paralysie du nerf radial, 392. — Exploration hydrostatique, 392. — Septicémie, 392. — Morve chronique chez l'homme, 392 — Brulûre de l'estomac par l'ingestion d'un demi-verre d'acide chlorydrique. Sténose pylorique rapide. Gastro-entérostomie. Guérison, 392. — Iridochoroïde d'origine utérine, 392. — **Société de chirurgie** : *Séance du 17 juin* 1896 — Présidence de M. Ch. Monod, 393. — Cholédochotomie, 393. — Sciatique fémoroso-fessière, traitée par la dénudation du nerf et dissociation Guérison, 393. — Fracture vicieusement consolidée de la jambe. Extension continue, ostéotomie. Guérison, 393. — Résection du rectum 393. — Myxomes des deux ovaires, 393. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 juin.* — Présidence de M. d'Heilly, 393. — Ictère infectieux à rechutes. Néphrite, 393. — Application des rayons Rœntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif, 395. — Embolie de l'artère axillaire, 395 — Infection dans un foyer d'hémorragie cérébrale, 396. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : Sur les origines de la pelade, 395. — Des artérites rétiniennes syphilitiques, 39 . — Deux cas de dyshydrose, 395. — Elephantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions lymphatiques inguinaux, 396. — Syphilis maligne, 396. — Syphilis maligne précoce, 397. — Syphilis médullaire, 397. — Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé, 397. — Urticaire pigmentée, 397. — Sur un nouveau cas d'amélioration considérable et durable d'un lupus par l'érysipèle, 397. — Sur un nouveau cas de pseudo-pelade probablement trophonévrotique, 395. — **Nouvelles**, 397.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'épaisseur des os du crâne à l'état normal et à l'état pathologique. — Déductions opératoires.

Par M. le Dr Péan (1).

De nos jours, grâce aux connaissances de plus en plus approfondies de la crânioscopie cérébrale, grâce aux progrès de l'anesthésie, de l'asepsie, de l'antisepsie, de l'hémostase, les chirurgiens n'hésitent pas à recourir à la crâniectomie pour aider au diagnostic et au traitement des maladies des centres nerveux. Pour faciliter cette opération, ils ont perfectionné l'outillage instrumental, si bien qu'aujourd'hui il suffit d'un peu d'expérience pour mettre à nu les méninges et le cerveau, sans craindre de les léser involontairement et d'avoir des hémorrhagies primitives ou secondaires.

Pendant que les chirurgiens, de concert avec les physiologistes et les histologistes, approfondissaient l'étude des affections crânio-cérébrales, les anatomistes négligeaient, à tort suivant nous, de poursuivre avec la même précision l'étude des modifications qui s'opèrent dans les parois du crâne, suivant les âges, les sexes, les races, les maladies. Encore à l'heure actuelle, de nombreuses recherches sont nécessaires pour faire connaître les modifications qui s'opèrent dans la forme, les dimensions, l'épaisseur, la consistance et la vascularisation des os du crâne, sous ces diverses influences.

Nous ne voulons pas approfondir aujourd'hui toutes ces questions : Nous nous contenterons de faire connaître quelques recherches que nous avons faites en collaboration avec le docteur de Tornery pour établir les différences d'épaisseur que présentent les os de la voûte du crâne à l'état normal et à l'état pathologique, et pour en tirer quelques déductions au point de vue chirurgical.

Les instruments dont les anthropologistes se servent pour mesurer l'épaisseur des os du crâne sont insuffisants pour ce motif, nous en avons fait construire un nouveau sur le modèle de celui qui, dans l'industrie, porte le nom de Palmer. Nous avons agrandi ses dimensions et nous lui avons annexé un cadran divisé en cent parties, sur lequel marche une aiguille fixée à la vis de l'instrument. De la sorte nous pouvons à volonté obtenir le centième de millimètre.

La nature ne donnant pas à la voûte du crâne des points de repère en nombre suffisant, nous en avons créé d'artificiels, géométriques, qui nous ont permis de décomposer avec exactitude toutes les calottes craniennes. C'est ainsi que nous avons tracé à la surface externe du frontal, des pariétaux, des temporaux, et de l'occipital une série de lignes parallèles antéro-postérieures et transversales.

Nous commençons par dessiner d'avant en arrière au crayon la ligne médiane, puis, au milieu de cette ligne, dans le sens transversal, nous faisons partir une autre ligne bilatérale, verticale. Nous traçons ensuite des lignes parallèles à chacune d'elles. De la sorte nous avons pour le seul pariétal, au niveau des points d'entrecroisement des lignes antéro-postérieures et transversales, 25 points de repère pour le

(1) Communication à l'Académie de médecine.

pariétal seul, ce qui suffit pour assurer à ces mensurations une exactitude réelle, au lieu de nous contenter des notions vagues et générales fournies par les auteurs.

C'est avec ces données que nous avons poursuivi nos recherches sur plus de 700 crânes normaux et sur un nombre plus grand encore de crânes pathologiques.

Nous publierons ailleurs le résultat détaillé que nous avons obtenu de ce nouveau mode de mensuration. Nous nous contenterons aujourd'hui d'en exposer les résultats généraux.

Voûtes crâniennes normales. — Tout d'abord nous avons reconnu, en étudiant l'épaisseur de la voûte osseuse du crâne, que *la moitié gauche l'emporte généralement sur la droite*, contrairement à ce qui se passe pour le reste du squelette, bien que toutefois la différence soit peu considérable et que, dans la majorité des cas, elle ne dépasse pas un demi-millimètre.

Nous avons également vu que, pour tous les os de la voûte, on trouve fréquemment des maxima d'épaisseur au niveau des sutures, comme s'il y avait à ce niveau un certain degré d'hypernutrition. Toutefois ces différences ne modifient en rien les lois que nous allons poser. C'est probablement parce que Gerdy avait rencontré ces maxima, qu'il avait soutenu, faussement du reste, que les pariétaux, ainsi que les autres os du crâne, sont plus épais au niveau des sutures que sur les autres points,

Races. — Nous n'avons pas été à même d'étudier les variétés d'épaisseur de la voûte crânienne suivant les âges, en dehors de la race blanche.

Pour les autres races nous n'avons pu étudier que des crânes d'adultes et encore le nombre des crânes appartenant aux races jaune, noire et cuivrée ont été trop faibles pour nous permettre de donner des moyennes précises.

Il résulte de nos recherches que les lois, en ce qui concerne l'évolution et la distribution de l'épaisseur dans les divers os du crâne sont à peu près les mêmes dans toutes les races.

Cependant nous devons ajouter que chez les peuplades sauvages le crâne est presque toujours un peu plus épais que chez les peuples civilisés ; que chez les Peaux-Rouges il y a plus d'uniformité dans son épaisseur que dans la race blanche, tandis que les crânes d'Annamites que nous avons examinés présentaient, au niveau des parties postero-supérieures et antéro-inférieures des pariétaux, des différences d'épaisseur plus considérables que celles que l'on observe chez les Européens.

Age et sexe. — Personne n'ignore que l'épaisseur de la calotte crânienne varie suivant le sexe et l'âge, qu'elle est plus considérable chez l'homme et chez l'adulte que chez l'enfant et chez la femme. Nous avons également observé que l'*influence individuelle* est bien plus sensible et qu'elle *est proportionnelle au développement du reste du squelette.*

Nous avons vu, en outre, que l'épaisseur continue à augmenter lors *même que le reste du corps a subi tout son développement.* En effet, les chiffres maxima ont toujours été trouvés sur des crânes de 50 ans au delà.

A cet âge, l'épaisseur des crânes féminins, sans cesser d'être inférieure à celle des crânes masculins, s'en rapproche beaucoup plus qu'aux autres âges de la vie.

Nous avons noté que vers 70 ans le crâne s'atrophie mais que l'amincissement qui en résulte n'est pas aussi marqué que les auteurs l'ont écrit. En examinant les crânes de vieillards de 80 ans et au delà, les chiffres conservent des niveaux relativement élevés. Le sexe féminin et la misère physiologique sont les facteurs qui nous ont paru favoriser le mieux cette atrophie sénile.

Nous avons également constaté que, chez l'enfant pendant les deux premières années, les parties inférieures de la voûte sont plus épaises que les parties supérieures. La différence ne s'élève pas au-dessus du quart ou du cinquième de l'épaisseur moyenne de l'os. Il suffit d'examiner la partie supérieure du frontal ou d'un pariétal à cette période de l'existence pour constater qu'elle est moins épaisse que la partie inférieure.

Plus tard ces différences s'effacent. Il est même remarquer que les chiffres se renversent à l'âge adulte pour ce qui concerne les pariétaux.

Taille ; santé physique. — La taille et la santé physique ont une telle influence sur l'épaisseur des du crâne chez les jeunes sujets que nous l'avons chez les sujets débiles de 7 à 8 ans, ne pas dépasser celle des enfants de 3 à 4 ans bien développés.

Os de la voûte crânienne. — Voici maintenant quelques mots, ce que nous avons appris en étudiant l'épaisseur de la voûte du crâne pendant leur développement.

Pariétaux. — Au moment de la naissance les pariétaux ont une épaisseur moyenne d'un demi-millimètre plus faible que celle que présentent le frontal et l'occipital à cette période de l'existence. Vers 1 an, ils doublent d'épaisseur. A 5 ans, l'épaisseur oscille entre 2 millimètres et 2 millimètres. Vers 17 ans, elle atteint généralement 3 millimètres à 4 millimètres. Vers 25 ans, elle atteint souvent millimètres.

Chez l'adulte, l'épaisseur moyenne des pariétaux est de 5 millimètres, elle augmente en haut de millimètres, tandis qu'en bas elle diminue dans mêmes proportions, souvent même cette différence entre les parties supérieures et les inférieures va simple au double. Elle est toujours très accusée q

que soit l'épaisseur des autres os de la voûte crânienne. En outre, l'épaisseur des pariétaux est un peu plus grande en arrière qu'en avant.

Il résulte de ces différences que le maximum d'épaisseur de ces os se trouve en haut et en arrière, au niveau de l'angle postéro-supérieur, là où débute l'atrophie sénile. Grâce à cette disposition tutélaire, c'est dans la région où il se trouve le plus désarmé contre les traumatismes venus de l'extérieur que le crâne est le mieux protégé. Les parties antérieures de la voûte étant naturellement défendues par la vue et par les membres inférieurs avaient moins besoin de cette épaisseur frontale. A tous les âges, le frontal est un peu plus épais que le pariétal, à la naissance, sa moyenne est de 2/3 de millimètre. A 3 mois il atteint 1 millimètre. Vers 2 ans ; 2 millimètres. A partir de cette époque, son développement proportionnel, par rapport aux pariétaux, est moins rapide et sa moyenne générale ne dépasse plus l'épaisseur de cet os que de 1/5e ou 1/6e.

Il semble d'ailleurs que la moyenne du frontal soit plus grande que celle des pariétaux au cours de son développement, ce qui tient surtout à ce que sa position inférieure est relativement beaucoup plus épaisse que la portion inférieure des pariétaux; en haut, pariétaux et frontaux ont la même épaisseur.

Chez l'adulte, le frontal a une épaisseur moyenne de 5 millimètres. Il se renfle un peu sur la ligne médiane, là où existait à la naissance la suture embryonnaire qui en réunissait les deux moitiés.

Dans le jeune âge il est plus épais en bas qu'en haut. Cette différence s'efface plus tard au niveau de la ligne médiane, là où existait les sinus. A mi-hauteur de l'os on trouve toujours en assez grand nombre des minima dans le sens transversal qui produisent au niveau de la ligne médiane un léger enfoncement. Cet amincissement ne va pas du reste à plus de 1/9e ou 1/10e de l'épaisseur moyenne de l'os.

Au niveau de la fosse temporale le frontal s'amincit considérablement et ne mesure plus que 1 à 2 millimètres.

Occipital. — Chez le nouveau-né, l'occipital est si peu développé qu'il fait à peine partie de la voûte, son épaisseur moyenne est la même que celle des pariétaux, sauf au niveau de l'Inion ; en ce point cette épaisseur est double, c'est-à-dire qu'elle atteint 1 millimètre et parfois un peu plus. Vers l'âge de 3 ans et surtout à 4 ans, la moyenne est de 2 millimètres comme celle de la partie postéro-supérieure des pariétaux jusqu'à l'âge adulte.

Vers l'âge de 40 ans ce qui caractérise surtout les différences d'épaisseur de l'occipital c'est que celle-ci, vers l'angle supérieur, est uniformément très grande sans doute parce que à ce niveau elle fait partie du massif protecteur dont nous avons déjà parlé. En ce point il mesure entre 6 et 8 millimètres. Un peu plus bas les maxima se trouvent tous sur la ligne et au niveau de l'Inion, la moyenne est de 15 millimètres. Sur les parties latérales les chiffres deviennent de plus en plus faibles à mesure qu'on se rapproche des fosses cérébelleuses. Au-dessus des lignes courbes, l'épaisseur des parties latérales, comme celle de la partie inférieure des pariétaux, oscille entre 3 et 4 millimètres et n'est plus que de 1 millimètre au niveau des fosses cérébelleuses. Il est vrai que, à ce niveau, le crâne est protégé par les muscles de la nuque.

Temporal. — La portion écailleuse du temporal entre seule dans la structure de la voûte cranienne. Elle est uniforme et très mince, son épaisseur oscille entre 1 et 2 millimètres.

Sphénoïde. — Il en est de même de la grande aile du sphénoïde qui fait partie de la fosse temporale.

Voûte cranienne à l'état pathologique. — Les différences d'épaisseur que nous avons signalées dans les diverses parties de la voûte cranienne, à l'état normal, et qui sont relatives à l'âge, au sexe et au développement du squelette se retrouvent sur les crânes pathologiques. Les modifications qui ont le plus d'intérêt au point de vue qui nous occupe sont celles produites par certaines maladies, en particulier par le rachitisme, la syphilis héréditaire et les maladies graves du système nerveux, telles que : hydrocéphalie, idiotie, épilepsie, dégénérescence mentale, lypémanie, etc.

1° *Rachitisme.* — Non seulement les crânes des rachitiques conservent longtemps le caractère infantile à cause de la persistance des fontanelles, mais encore il y a état stationnaire dans l'accroissement des os en épaisseur. C'est ainsi que des enfants de 2 à 5 ans, ne présentant aux pariétaux qu'une moyenne générale de 1 millimètre, c'est-à-dire le chiffre qu'on observe au bout de la première année des sujets normaux, plus tard, si le malade guérit, l'épaisseur redevient normale et même il n'est pas rare de voir survenir des hyperostoses limitées, variables comme siège, comme étendue et comme épaisseur. Celle ci est le plus souvent peu modifiée, mais parfois elle peut être double de celle que l'on recontre à l'état normal.

2° *Syphilis héréditaire.* — Le type bien accusé est celui du crâne natiforme : les deux pariétaux forment en avant deux bosses généralement volumineuses dont les épaisseurs, même chez des enfants de deux ans, rappellent celles des crânes adultes ; elles peuvent atteindre 6 et 7 millimètres. On peut également trouver l'hyperostose du frontal, mais moins marquée, sauf en haut où elle s'accroît brusquement. L'épaisseur du reste du pariétal et de l'occipital peuvent présenter soit des chiffres normaux, soit des chiffres au-dessous de la normale.

4° *Maladies générales autres que le rachitisme, la syphilis et les maladies nerveuses.* — Dans ce cadre,

confus et provisoire, nous rangeons dombre d'hyperrostoses plus ou moins diffuses dont l'origine est indépendante du traumatisme. Dans nombre d'observations, de crânes dans lesquels l'épaisseur des os était augmentée, nous avons noté, parmi les antécédents, la rougeole, la scarlatine, une fièvre infectieuse typhoïdienne par exemple ou des troubles gastro-intestinaux ayant amené des perturbations nutritives graves. Faut-il dans ces cas invoquer l'apport des toxines au niveau des os épaissis ? Nous l'ignorons. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que les épaississements que nous avons trouvés dans ces cas étaient parfois notables : chez des enfants de 6 mois nous avons pu noter tantôt sur le frontal, tantôt sur le pariétal, ou sur les deux ensemble, des épaississements que l'on ne retrouve normalement que chez des enfants de 2 à 3 ans et même des hyperostoses.

5° *Maladies nerveuses.* — 1° Dans l'idiotie, le crâne présente des caractères spéciaux tels que : l'asymétrie, une petitesse habituelle et d'autres modifications que nous n'avons pas à décrire; ce qui nous intéresse, c'est qu'il offre presque toujours une épaisseur plus considérable que celle qu'on trouve chez les sujets bien portants de même sexe et de même âge, et qu'il y a une véritable irrégularité dans la distribution de cette épaisseur. Ainsi, les deux moitiés du crâne sont uniformes, ou bien c'est tantôt la gauche, tantôt la droite qui l'emporte, et sans règles précises ; de même il n'y a pas d'accroissement bien net pour les pariétaux dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. Enfin, contrairement à ce qu'on trouve à l'état normal, les chiffres maxima et minima se rencontrent souvent côte à côte, de là de très nombreuses inégalités d'épaisseur.

2° Dans l'épilepsie et la dégénérescence mentale, on retrouve les mêmes faits mais atténués. Signalons encore dans l'épilepsie, d'après les crânes que nous avons pu étudier, et surtout d'après les trépanations que nous avons exécutées, l'existence de plaques d'hyperostoses, parfois très épaisses, mais friables ; nous les avons surtout rencontrées en haut près de la suture médiane qui relie les deux pariétaux.

3° Dans la lypémanie, nous avons souvent noté de l'hyperostose mais sans fait bien saillant. Cette augmentation d'épaisseur du crâne a été du reste signalée par un certain nombre d'auteurs, notamment par Parchappe, chez les individus atteints d'aliénation mentale.

4° Dans l'hydrocéphalie, les os restent très minces jusqu'à l'âge de 3 à 5 ans, plus tard l'épaisseur augmente et devient à peu près normale.

DÉDUCTIONS OPÉRATOIRES. — Nous venons de montrer que l'épaisseur des os du crâne offre des variations considérables à l'état pathologique, depuis l'état foliacé que l'on observe chez certains hydrocéphales jusqu'à l'épaisseur énorme que l'on rencontre chez certains crânes d'adultes atteints de périostose généralisée.

Pour ce motif nous avons imaginé un instrument dont l'action puisse être graduée de façon à ne pas léser trop facilement les méninges et le cerveau.

Lorsque nous fîmes nos premières trépanations, presque tous les chirurgiens se servaient d'un trépan en usage depuis de longues années et dont la couronne avait une largeur tellement considérable qu'elle en rendait le maniement difficile. D'autres se servaient de la gouge et du maillet.

Nous n'avons pas tardé à constater qu'en raison de la convexité du crâne les larges couronnes du trépan s'appliquaient mal et que les gouges aidées du marteau s'appliquaient d'une façon peu régulière. Voilà pourquoi nous avons fait notre polytritome qui nous servait à la fois à perforer, à scier et à trépaner les os à l'aide de couronnes de trépan petites et rapprochées mues par cet instrument ; nous pûmes enlever aisément par morcellement des portions de la voûte aussi larges que nous le désirions. Ce morcellement est singulièrement facilité par l'emploi de nos pinces emporte-pièce qui permettent d'exciser les os rapidement dès que les petites couronnes du trépan ont mis à nu une petite portion de la dure-mère.

Il est rare, lors même que les os sont très épais, qu'ils soient assez durs pour que nos pinces emporte-pièce ne les enlèvent pas avec aisance.

Pour ceux qui, comme J. Voisin, Ballet, A. Voisin, Charcot et tant d'autres préfèrent ne pas conserver les portions osseuses détachées de la voûte du crâne dans le traitement des maladies qui nécessitent la craniectomie, cette méthode du morcellement est sans contredit la plus sûre. Pour ceux qui, à l'exemple d'un certain nombre de chirurgiens étrangers préfèrent conserver en même temps que les parties molles, les portions d'os sous-jacentes afin de les réappliquer lorsqu'on a examiné l'état des méninges et de la surface du cerveau, nous nous servons de la scie de notre polytritôme dont nous graduons l'action par un mécanisme spécial, comme on le fait pour la couronne du trépan. Depuis plusieurs années nous faisons fonctionner notre polytritôme avec l'électricité, surtout à l'hôpital où nous avons des moteurs suffisants pour l'actionner.

Dans ces cas, il nous a toujours suffi de perforer le crâne de distance en distance avec de petites couronnes de trépan, d'introduire entre les portions une spatule cannelée généralement flexible, entre la face profonde de l'os et la dure-mère, et de scier de dehors en dedans les points qui les séparent. Nous circonscrivons ainsi des portions plus ou moins étendues en ayant soin de faire une section demi-circulaire dont les extrémités libres se terminent vers la région pariétale. Ce procédé a été imité l'année dernière par Doyen qui a, croyons-nous, imaginé pour la section

de la voûte du crâne une scie un peu différente de celle de notre polytritome. Grâce à notre instrument nous avons pu faire de nombreuses crâniectomies avec une mortalité presque nulle.

BIBLIOGRAPHIE

The Spas and Mineral Waters of Europe by Hermann Weber M. D. and F. Parkes Weber M. D. — London Smith, Elder et Co.

Le docteur Hermann Weber, dont les travaux classiques de climatologie ont été traduits en français, et son fils, le docteur Parkes Weber, viennent de faire paraître un traité sur les Eaux Minérales de l'Europe, qui nous intéresse à plusieurs points de vue.

Les auteurs ont consacré aux Eaux Minérales françaises une grande partie de leur ouvrage et la lecture de leur livre fera connaître aux médecins anglais la richesse de la France thermale, la valeur et l'importance de nos stations et de nos sources minérales.

Nous ne pouvons que féliciter les auteurs du plan qu'ils ont adopté. Ils ne se bornent pas, comme dans presque tous les ouvrages de ce genre, à donner une description plus ou moins longue de chaque station, classée d'après sa minéralisation, division arbitraire, s'il en fut. Ils consacrent cependant à ce sujet cinq chapitres intéressants donnant une description très complète de chaque station, mais le chapitre le plus important pour le médecin est celui des indications et des contre-indications des eaux minérales dans chaque maladie.

Les docteurs Weber passent en revue toute la pathologie et consacrent à chaque maladie un article où sont posées l'utilité et les indications d'un traitement thermal, et où sont désignées les stations thermales où l'on doit envoyer le malade. Cette manière de faire est des plus utiles pour le médecin désireux de savoir quelle est la station thermale qui convient au cas de son client.

Nous signalerons encore un chapitre important consacré à ce que les malades doivent faire après leur traitement. C'est ce qu'on appelle la *Post-Cure*. Souvent les malades, après leur saison terminée, compromettent le résultat du traitement, soit par des voyages fatigants, soit par le retour précipité chez eux où les attendent trop souvent la préoccupation des affaires, la fatigue de la direction de leur maison, etc.

Les conditions dans lesquelles se trouve le malade qui vient de faire une cure thermale exigent des précautions particulières. Le malade est encore, à ce moment, sous l'influence du traitement, que ce traitement ait produit de la dépression momentanée, ou de l'excitation, souvent une certaine perturbation des fonctions de l'organisme. En attendant la *crise de réaction* et pour ne pas compromettre les résultats acquis et les *résultats consécutifs* que l'on est en droit d'attendre, il y a des précautions à prendre. Cette question mérite d'appeler l'attention du médecin qui envoie son client aux eaux. Il faut qu'il prévienne celui-ci que, sa cure terminée, il devra encore se reposer et, suivant les indications particulières à chaque cas, rechercher, par exemple, le séjour dans les montagnes, à une altitude plus ou moins élevée. Suivant les cas, le médecin devra prévenir son malade des avantages, ou, le plus souvent, des inconvénients du séjour au bord de la mer après une cure thermale, enfin l'importance de suivre encore un régime en rapport avec la maladie. Ce rôle n'appartient pas seulement au médecin des eaux ; il faut que le médecin qui envoie dans une station prévienne son client et se mette d'accord avec le médecin auquel il envoie son malade, pour indiquer à celui-ci, une fois la saison terminée, ce qu'il doit faire. Ceci ne peut pas toujours être définitivement arrêté avant la cure, car il peut survenir pendant le traitement des incidents pouvant modifier le plan primitivement arrêté. Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur cet ouvrage, remarquable en tout point. Sa lecture sera des plus utiles au praticien, qui trouvera toutes les indications nécessaires pour choisir la station qui convient à son client, pour lui prescrire ce qu'il devra faire après sa cure et aussi, ce que les docteurs Weber ont bien décrit, ce que l'on doit faire avant de partir, comment on doit, dans certains cas, se préparer à suivre un traitement thermal.

E. B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 juin. — Présidence de M. A. Cornu.

Valeur alimentaire des pains provenant de farines blutées à des taux d'extraction différents. — M. Aimé Girard. Dans l'appréciation de la valeur des pains, on voit souvent intervenir un préjugé que rien ne justifie : le pain blanc provenant de farines pures est, dit-on alors, moins nutritif que le pain bis fourni par les farines inférieures. Les choses, même, sont à ce point qu'on a pu, dans ces derniers temps, rencontrer chez certains écrivains cette assertion singulière que les farines blanches ne contiennent pas de gluten, et que le pain qui en provient est, par suite, exclusivement fait d'amidon.

C'est chose aisée que de faire justice de ces erreurs et de démontrer que, à poids égal, le pain blanc est aussi nutritif que le pain bis.

L'origine du préjugé que je viens de rappeler réside en ceci, qu'aux débris de sons qu'un blutage imparfait laisse en mélange dans les farines inférieures reste attachée une couche mince de l'amande du grain, et qu'à cette couche appartient une richessse en gluten supérieure à celle de l'amande considérée dans son entier.

Le fait est exact, et j'en ai donné la démonstration dans mes *recherches sur la composition chimique de la valeur alimentaire du grain de froment.* Mais, lorsque, une fois

le fait démontré, on cherche à établir quelle est, par rapport au grain entier, l'importance pondérale de cette couche riche en gluten, on reconnaît qu'elle est insignifiante. Comme le montre la production photographique d'une coupe verticale de grain de blé, agrandie à 100 diamètres, que je mets sous les yeux de l'Académie, elle forme à la périphérie du grain, et au-dessous de la membrane interne du tégument séminal, une zone qui, caractérisée par la petit tesse des grains d'amidon qui y sont enchassés dans la masse glutineuse, mesure à peine 1/10 de millimètre d'épaisseur, alors que l'amande entière ne mesure pas moins de 3mm sur 6 mm environ.

Le poids relativement faible de cettte zone glutineuse ne permet guère de lui attribuer, *a priori*, une influence sérieuse sur la richesse des farines en gluten ; c'est ce qu'on a fait cependant et c'est de là qu'est né le préjugé qui, en s'exagérant peu à peu, a amené certaines personnes à croire que le gluten ne se retrouve pas dans les parties centrales du grain et que les farines pures, par conséquent, n'en contiennent pas.

Pour détruire ce préjugé si fâcheux au point de vue des progrès industriels de la Meunerie et de la Boulangerie, il me suffira d'appliquer un calcul bien simple aux produits successifs fournis par les trois moutures faites en 1894 et 1895, à Paris et à Marseille, sous la surverveillance d'une Commisslon officielle que j'avais l'honneur de présider et dont les résultats pratiques ont été, au mois de décembre dernier, communiqués par moi à l'Académie.

A côté du poids des produits de moutures successivement débités par les divers engins du moulin, j'ai eu soin, en effet, de faire connaître alors la composition chimique et particulièrement la teneur en gluten de chacun de ses produits, de telle sorte qu'aujourd'hui, reprenant ces teneurs et ces poids, il est aisé d'évaluer les proportions de gluten contenues dans des farines obtenues d'un même blé à des taux d'extraction différents.

C'est ce que j'ai fait, dans les tableaux suivants, après avoir apporté aux chiffres successifs de rendement une légère modification due à la transformation du blé sale en blé nettoyé; c'est celui-ci, en effet, qui intervient seul à la mouture.

Comme type de farine supérieure, je me suis arrêté au taux d'extraction de 60 pour 100; pour les farines inférieures, j'ai été aussi loin que chaque mouture l'a permis, de façon à dépasser toujours le taux d'extraction de 70 pour 100.

La démonstration qu'apportent les chiffres est des plus nettes; entre les farines pures, au taux d'extraction de 60 p. 100, qui produisent le pain blanc, et les farines impures qui, au taux d'extraction de 73,11 et 72,49 pour les blés tendres, au taux de 74,18 pour le blé dur, ne peuvent donner que du pain bis, la différence au point de vue de la teneur en gluten est insignifiante. Dans deux des cas examinés ci-dessus, elle n'atteint pas 1 millième du poids de la farine, dans le cas le plus défavorable elle représente 3 millièmes de ce poids.

Si, d'ailleurs, au lieu de considérer les farines, on considère les pains qu'elles fournissent, on voit cette différence disparaître et même changer de signe. On oublie trop, en effet, que, suivant l'état de pureté des farines, les pains arrivent au consommateur en des états d'hydratation différents. Plus basse en est la qualité, plus grande est la quantité d'eau que le pain retient à la sortie du four, et c'est pour cette cause qu'on voit les farines à 60 p. 100 d'extraction donner à la cuisson 132 kilogr. à 135 kilogr. de pain, tandis que les farines à 72-74 p. 100 en donnent 138 kilogr. à 140 kilogr. De telle sorte que, pour obtenir un kilogramme de pain, il faut, au taux de 60 p. 100, pétrir 0 kilogr. 735 de farine, tandis que 0 kilogr. 714 suffisent si l'on met en œuvre des farines au taux de 72-74 p. 100.

Si l'on applique à ces poids les teneurs respectives en gluten qui, tout à l'heure, ont été déduites de l'analyse des produits successifs de mouture qui composent chaque farine, on arrive à cette conclusion inattendue que le poids de gluten contenu dans 1 kilogr. de pain est, pour les pains blancs provenant des farines à 60 p. 100 d'extraction :

Blé tendre.		Blé dur.
I.	II.	III.
86 gr.	84 gr.	103 gr.

tandis que, pour les pains bis des farines à 73,11, 72,49, 74,18 p. 100 extraites des mêmes blés, ce poids est de

83 gr.	83 gr.	104 gr.

Les poids de gluten, en un mot, c'est-à-dire de la matière azotée plastique qui (les proportions de matières hydrocarbonées ne présentant pas de variations appréciables) sont habituellement pris comme mesure de la valeur nutritive des pains sont, dans l'un et l'autre cas, sensiblement identiques, de telle sorte qu'au préjugé que je m'attache à combattre depuis longtemps il couvient de substituer cette donnée certaine qu'à poids égal le pain blanc des farines pures est aussi nourrissant que le pain bis des farines inférieures, comme aussi il est, au point de vue de la perméabilité par les sucs digestifs, de la digestibilité, de la conservation, etc., supérieur à celui-ci.

Une autre objection, cependant, a été faite dans ces derniers temps à l'usage du pain blanc ; on lui a reproché de ne pas apporter à notre alimentation une quantité d acide phosphorique suffisante. C'est là encore une objection sans valeur ; l'analyse et la pesée des produits si nombreux qui concourent à l'alimentation générale en fournissent la preuve certaine, mais l'examen de cette question exige quelques développements que je demande à l'Académie la permission de remettre à la prochaine séance.

Photographie par les rayons de Rœntgen d'une balle de 7mm dans le cerveau. — MM. Brissaud et Londe. La présente note a pour but de signaler la possibilité d'appliquer les rayons de Rœntgen au diagnostic des corps étrangers intracrâniens et, en particulier, des projectiles d'armes à feu.

Le 4 août dernier, M. X... reçut un coup de revolver (calibre 7mm) à bout portant, dans la région moyenne de la bosse frontale gauche. Il affirme n'avoir pas perdu complètement connaissance, mais il lui était impossible de parler ni de faire aucun mouvement. Quelques heures plus tard il répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait ; il avait les yeux fermés, il reconnaissait à leur voix tous ceux qui lui adressaient la parole; il s'efforçait même de leur répondre en anglais, l'idée de répondre en français ne lui venant pas à l'esprit Il avait jusqu'alors employé indifféremment l'une ou l'autre langue. Lorsqu'il voulut recommencer à parler français, il n'y put parvenir, et ce fut environ trente-six heures.

Le Dr Reverdin (de Genève) le vit dix-huit heures après

l'accident et constata une hémiplégie gauche complète, avec une perte de la sensibilité étendue de l'extrémité des doigts au pli du coude. Au-dessus du coude, les réflexes cutanés étaient conservés et toutes les excitations étaient perçues. Aucune tentative ne fut faite pour la recherche de la balle. Le blessé eut pendant neuf jours une fièvre régulièrement décroissante, fièvre n'ayant jamais atteint 39°, sinon le premier jour. Pendant quinze jours, il perdit ses matières et ses urines; puis il recouvra la tonicité des sphincters, sortit de sa torpeur, se remit à manger avec appétit sans avoir éprouvé un seul instant le plus léger trouble de la déglutition, enfin il se leva et apprit à marcher à la façon des hémiplégiques. La plaie ne fut le siège d'aucune complication, ne donna pas issue à la moindre esquille et fut complètement cicatrisée en moins d'un mois.

A part la somnolence des premières heures et l'amnésie verbale transitoire exclusivement limitée aux mots français, l'état psychique ne subit aucune modification. Des accès de fou rire qu'il ne faut pas attribuer à un trouble mental seraient la seule anomalie intellectuelle à signaler si l'on ne savait que ces accès résultent simplement d'une irritation cicatricielle des corps opto-striés au voisinage du *genou de la capsule interne*.

Aujourd'hui tout se borne à une hémiplégie gauche spasmodique des deux membres et de la face, sans participation des nerfs facial supérieur, moteur oculaire commun, masticateur. La contracture est de moyenne intensité, malgré l'exagération des réflexes et le clonus du pied; jamais le spasme ne s'est traduit par des convulsions jaksonniennes.

La pénétration de la balle dans la région frontale gauche n'implique pas que l'hémiplégie actuelle soit le fait d'une lésion de l'hémisphère gauche. La direction de l'arme, d'ailleurs, rend très bien compte du trajet du projectile.

La balle a perforé le lobe frontal obliquement de gauche à droite, puis, passant en avant du corps calleux et dans le plan même de celui-ci, a traversé l'hémisphère droit d'avant en arrière et de dedans en dehors. Dans ce parcours elle a sectionné les fibres de la couronne rayonnante de Reil au-dessus du ventricule latéral (ces fibres sont précisément celles qui forment le faisceau moteur intra-hémisphérique).

En arrière, le projectile a respecté les fibres du faisceau sensitif, et l'on comprend ainsi que l'hémiplégie purement motrice ne se soit jamais compliquée d'hémianopsie. L'absence de troubles de la déglutition implique que les fibres capsulaires ont été épargnées entre le corps strié et la couche optique. Le rire spasmodique s'explique par une lésion de la partie antérieure du corps strié. L'aphasie *française* des premières heures doit être attribuée au traumatisme du lobe frontal gauche. Bref, le trajet de la balle était nettement déterminé par les symptômes. Il n'en était pas moins intéressant de confirmer le diagnostic rationnel par la preuve matérielle d'une biopsie sans exérèse, et c'est cette preuve que viennent de nous fournir les rayons de Rœntgen. Les images ont été prises par M. Londe dans le laboratoire de la société l'*Optique*.

Si l'image n'a pas toute la netteté désirable, c'est parce que le malade a été pris d'un léger clonus spontané de la tête, dû à la contraction prolongée de ses muscles cervicaux. Mais on distingue parfaitement la silhouette du crâne, la bosse frontale, le sinus frontal, les sinus maxillaires, le rocher, l'os malaire, l'apophyse zygomatique, la cavité orbitaire, etc.

Le projectile est situé dans la région postérieure, à la hauteur de la deuxième circonvolution temporale, probablement au-dessus de la tente du cercelet. Cette localisation est précisément celle à laquelle aboutit le trajet prévu du projectile, si l'on détermine ledit trajet par la série des points où ont été successivement sectionnées les fibres nerveuses.

Pour que la localisation eût une rigueur absolue, il faudrait, outre la Photographie dans le plan sagittal, une Photographie dans le plan frontal. Le malade, déjà fatigué par une pose de sept quarts d'heure, n'a pu être soumis à cette seconde épreuve.

Pour le cas particulier dont il s'agit, l'intérêt de l'expérience consiste non seulement dans la détermination du siège actuel du projectile, mais dans la conséquence pratique de cette détermination. La balle étant située dans la région temporale, ce n'est pas à sa présence qu'est due l'hémiplégie persistante, L'hémiplégie résulte de l'interruption des fibres nerveuses que le projectile a rencontrées sur son passage; elle n'est pas d'origine corticale, mais d'origine capsulaire : Une intervention chirurgicale ne changerait donc rien à la situation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

Electrolyse médicamenteuse dans le traitement des tuberculoses et des maladies de l'utérus et de ses annexes. — M. DUPLAY lit un rapport sur un travail lu à l'Académie par le Dr Boisseau du Rocher. Il pense qu'il faudrait, avant de se prononcer sur la valeur de l'électrolyse de l'argent, des observations plus nombreuses et plus détaillées que celles rapportées par l'auteur; au contraire, en ce qui concerne la médication par l'électrolyse du brome contre les tuberculoses osseuses et les suppurations consécutives à l'ostéomyélite, les faits observés, quoique encore peu nombreux, ont paru dignes d'attirer l'attention des chirurgiens.

De l'epaisseur des os du crâne à l'état normal et à l'état pathologique. — M. PÉAN (V. ci-dessus, p. 385).

Ovariotomie double chez une femme enceinte ; accouchement à terme d'un enfant vivant. — M. MOUCHET (de Sens) a eu l'occasion d'observer une jeune femme chez qui il reconnut une tumeur de la trompe ou de l'ovaire gauche avec kyste intra-pelvien compliquant une grossesse de trois mois environ. En raison des accidents généraux graves, du dépérissement rapide de cette femme, des vomissements incoercibles, etc., il proposa une opération. Le ventre ouvert, il sentit derrière l'utérus gravide une tumeur arrondie, fluctuante, développée aux dépens de l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. La tumeur est ponctionnée, attirée hors de l'abdomen, pédiculisée et détachée.

L'ovaire gauche scléreux adhérent à la trompe kystique et à l'intestin est également enlevé. L'utérus est réintégré dans le ventre et la paroi abdominale suturée à trois étages. Le kyste contenait 1,500 grammes de liquide transparent et jaunâtre. Les suites furent assez irrégulières en ce sens que les vomissements ont persisté pendant une dizaine de jours bien que la température n'ait pas dépassé 37°8. Les douleurs du ventre ont continué à être assez vives, ce

qui, plus d'une fois, a fait craindre un avortement. Le seizième jour, la malade pouvait être considérée comme guérie, les douleurs avaient disparu et l'appétit était revenu.

La grossesse a suivi un cours régulier et, en mai dernier, cette jeune femme accouchait à terme d'un enfant vivant et bien constitué.

Paralysie du nerf radial. — M. MOUCHET (de Sens). Un homme de 58 ans, alcoolique, est projeté en poussant une petite voiture contre l'angle d'un trottoir ; à peine relevé il se plaint d'un engourdissement dans l'avant-bras droit et la main, et de l'impossibilité d'étendre les doigts. Le lendemain l'engourdissement est plus prononcé et l'on constate une paralysie complète de la motilité et de la sensibilité dans toute la sphère d'innervation du nerf radial.

Au bout de trente jours la paralysie est toujours complète, l'atrophie musculaire se prononce de plus en plus, une éruption eczémateuse se montre sur la peau. Le malade réclamant une intervention, M. Mouchet propose l'élongation du nerf paralysé. L'opération est pratiquée deux mois après l'accident. Le nerf, mis à découvert, ne paraît pas malade ; on l'isole et on pratique des tractions assez énergiques avec la sonde cannelée du centre à la périphérie et *vice versa*. Réunion par première intention. Le lendemain on constate le retour de la sensibilité, le blessé étend un peu les doigts et les jours suivants l'amélioration continue et vers le dixième jour la guérison est complète.

Exploration hydrostatique. — M. Marc SÉE. La paroi abdominale se laisse facilement déprimer lorsque le sujet est dans l'eau de manière à permettre l'exploration de la colonne vertébrale et de toutes les parties de la cavité abdominale. La paroi abdominale dans l'eau flotte pour ainsi dire et se laisse très facilement déprimer par les doigts.

Septicémie. — M. FERRAND, au nom de M. le Dr Delore, de Lyon, lit une note de pathologie générale sur la septicémie médicale et chirurgicale sous sa forme aiguë, subaiguë et chronique, dont chacune se rattache à un mode différent de pénétration ou à un mode différent d'association des microbes et de leurs toxines.

Morve chronique chez l'homme. — M. RÉMY présente à l'Académie un homme de 42 ans, équarisseur, atteint depuis plusieurs mois de plaies ulcéreuses du poignet et de l'avant-bras. Il y a huit mois, il s'est fait une piqûre à l'index de la main gauche avec une épingle laissée dans une saignée au cou d'un cheval qu'il dépouillait ; c'est du reste le seul renseignement qu'il ait sur l'état du cheval mort de la veille.

Huit ou dix jours après les accidents débutent. Il a un panaris avec fièvre, œdème de la main, de l'avant-bras, endolorissement et tuméfaction des ganglions axillaires ; puis abcès du dos de la main ; la 3e semaine, abcès de la face interne de l'index, de la face extérieure de l'avant-bras et du bras ; le 2e mois abcès vers l'apophyse styloïde du cubitus, et retour de l'abcès du dos de la main.

Lors du premier examen, le 27 avril 1896, tous les foyers morveux sont revenus sur la face dorsale de la main et du poignet gauche. Ils paraissent limités à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané. La peau est surchargée par un gonflement œdémateux, rouge, violacé, livide. Elle présente une douzaine de petits ulcères, entremélés de croûtes formées par l'iode, de cicatrices, de petits abcès en préparation ou déjà fistuleux.

Depuis le début des accidents, il ne s'est manifesté aucune lésion du côté des fosses nasales qui sont parfaitement saines, ni du côté du larynx ou de l'appareil respiratoire. Le malade est un peu amaigri et pâle, mais en somme d'apparence assez vigoureuse. Il a retrouvé les forces et l'appétit.

L'examen histologique montre la présence de nombreux microbes, de staphylocoques, de streptocoques et notamment divers bacilles, parmi lesquels on en trouvait, mais très clairsemés, rappelant l'aspect des bacilles de la morve. Du pus recueilli à la surface des ulcères et injecté à des cobayes produisit en 36 heures sur la tunique vaginale un semis de granulations avec exsudat épais puriforme. C'est la localisation élective précoce si remarquable signalée par M. Straus. L'examen du pus contenu dans la tunique vaginale montra la présence à l'état de pureté des bacilles de la morve. Le diagnostic de morve était dès lors définitivement établi.

La morve chronique est heureusement curable chez l'homme. Le malade de M. Rémy est actuellement en traitement.

Brulûres de l'estomac par l'ingestion d'un demi-verre d'acide chlorhydrique. Sténose pylorique rapide. Gastro-entérostomie. Guérison. — M. LEJARS. Une femme de vingt-neuf ans avale, le 11 janvier 1896, un demi-verre d'esprit de sel. Brûlures étendues de l'estomac, qui se manifestent par des douleurs atroces et des vomissements répétés de sang noir. Elle entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Troisier : toute alimentation est d'abord impossible, et les vomissements se répètent après chaque ingestion ; le lait seul est supporté en petite quantité ; mais les accidents de sténose pylorique se développent très rapidement : l'estomac est considérablement dilaté, et le lavage ramène, tous les jours, avec une grande quantité de liquide noirâtre, les quelques aliments que la malade a pu prendre la veille. L'émaciation est considérable et l'état général menaçant.

C'est dans cet état que je pratique, le 12 mars, la laparotomie sus-ombilicale : l'estomac, très distendu, est parcouru sur sa face antérieure, par des stries jaunâtres, cicatricielles ; la région pylorique est occupée par une masse épaisse, de même consistance. La gastro-entérostomie est pratiquée avec le bouton de Murphy, de moyen volume. L'opération très courte, a été bien supportée : pas de réaction, pas de vomissements. Durant les trois premiers jours, on soumet la malade à une diète presque complète (lavements alimentaires) ; au quatrième jour, elle commence à prendre, avec un peu de lait, du bouillon et un œuf. L'alimentation est continuée progressivement, sans incident.

A la fin d'avril, la malade quitte l'hôpital, en excellent état : elle pesait 38 kilos au moment de l'opération ; elle pesait 43 1/2 à sa sortie de l'hôpital, elle en pèse aujourd'hui 51.

Iridochoroidite d'origine utérine. — M. VIGNES, son nom et celui de M. BATUAUD, lit une note sur un cas d'irido choroidite plastique à poussées menstruelles d'abord de l'œil gauche, puis de l'œil droit. Le traitement ophtalmologique est impuissant à arrêter l'évolution de la maladie

L'acuité visuelle est tombée à 0.02 du côté de l'œil droit, le dernier et le moins atteint.

L'examen gynécologique ayant démontré qu'il existe une endométrite glandulaire chronique à staphylocoques on rattache l'affection oculaire à l'infection utérine. Le curettage utérin est pratiqué; l'acuité visuelle monte progressivement à 0.6 et les corps flottants dans les milieux oculaires diminuent. L'intervention a eu lieu il y a six mois et depuis lors l'amélioration se maintient.

A 4 h. 35, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1896. — Présidence de M. Ch Monod

Cholédochotomie. — M. Ricard, d'après l'observation qu'il rapporte, pense qu'après le diagnostic fait médicalement, s'il est nécessaire d'intervenir, il sera préférable de faire l'incision sur la ligne médiane, quitte, si cela est utile, à faire ce qu'il a fait, c'est-à-dire à faire une incision transversale. Si le calcul est mobile dans le cholédoque, il faudra tâcher de le remonter, de le rapprocher du canal cystique. Enfin il sera indispensable de faire le drainage et la suture du canal pour éviter l'inondation rapide de l'abdomen par la bile. Du reste dans l'observation de M. Ricard, au 10e jour la plaie se rouvrit, et la bile sortit accompagnée de calculs biliaires.

Sciatique fémoro-fessière, traitée par la dénudation du nerf et dissociation. Guérison. — M. Delageniève (du Mans) lit une observation dans laquelle la dénudation du nerf et la dissociation, malgré l'absence des veines variqueuses trouvées au niveau du nerf sciatique, amena un soulagement des douleurs éprouvées par le malade.

M. Lucas Championnière. Il n'y avait pas de varices L'opération a consisté à écraser, dissocier quelque chose, mais il est impossible de retrouver là quoi que ce soit qui ressemble aux varices qu'on a décrites dans la sciatique.

M. Quénu. On n'a pas trouvé de grosses veines, cela est vrai, il n'y a pas eu de ligatures, mais le hersage, la dissociation qu'a faite M. Delageniève a agi sur la vascularisation du nerf, en modifiant les vaisseaux et en les oblitérant.

Fracture vicieusement consolidée de la jambe. — Extension continue, ostéotomie. — Guérison. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de fracture de jambe présentée par M. Hartmann. Deux mois après sa fracture, le malade atteint de fracture oblique était vicieusement consolidé et sans cal résistant; on fit avec M. Hennequin une ostéotomie, qui aviva les fragments et on chercha la coaptation. Il fut nécessaire de faire une résection notable du tibia pour obtenir la réduction. Après cette réduction on appliqua l'appareil d'Hennequin, faisant l'extension continue, et la guérison se fit au bout de 4 mois environ.

M. Roux (de Brignoles) a publié une observation où il proposait de traiter les fractures difficiles à contenir, à maintenir, par l'ouverture du foyer et la suture des fragments. Cette pratique n'a pas été approuvée par tous les membres de la Société et l'appareil peut souvent suffire à réduire et maintenir les fractures même difficiles à maintenir.

Enfin il est utile d'avoir recours à des moyens adjuvants et de ne pas se contenter du seul appareil plâtré. Le chloroforme, l'extension continue sont souvent indispensables.

Résection du rectum. — M. Chaput. Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par bronchopneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides : un malade, opéré depuis deux ans, présente une récidive, avec une santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 p. 100) sans récidive depuis deux ans, deux ans et cinq ans.

Dans deux cas, il n'y a pas eu de prolapsus : dans l'un, j'avais fait la suture circulaire ; dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à la Gersuny.

Dans 2 autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et, d'après mon expérience, le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins. Je dois donner la technique opératoire que j'ai suivie. Je conseille de faire, deux jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse. Incision cutanée en Y. Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible, suturer circulairement les deux bouts ; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny. Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté. Les ligatures sont inutiles. On ne suturera pas la peau et on bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

Quelles sont les indications de cette opération. — *Cancers de la cloison recto-vaginale.* Les enlever par une incision périnéale. Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac et assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — Limités : incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier) Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny. Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable. Si le cancer est étendu : combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

Myxomes des deux ovaires. — M. Pothevat présente une observation.

F. Verchère

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1896. — Prés. de M. d'Heilly

Ictère infectieux à rechutes. Néphrite. — M. Dalché. Sous le nom d'ictère infectieux à rechutes, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tumé-

action du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite et présentant souvent, pendant son évolution, une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui on ne tend plus à considérer cette maladie comme spéciale ou distincte et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

Je viens d'en observer un cas typique accompagné de deux rechutes avec cette particularité que la première des rechutes a consisté en une néphrite à l'exclusion de toute manifestation du côté du foie, tandis que la seconde a été provoquée par une nouvelle et légère poussée d'accidents hépatiques.

La malade que j'ai observée est une femme de 32 ans, qui était tombée dans la Seine et avait failli se noyer. Elle avait de ce fait absorbé une grande quantité d'eau. C'est 15 jours environ après cet accident que la maladie se déclara. Le tableau clinique fut celui de l'ictère à rechutes (troubles digestifs, augmentation du foie et de la rate, ictère, albuminurie, épistaxis, fièvre, etc.). Ce qu'il y eut d'intéressant c'est qu'il se produisit deux rechutes ; la première fut caractérisée uniquement par une néphrite à l'exclusion de toute manifestation hépatique. Comme dans tous les cas de ce genre la malade a guéri.

La nature de l'ictère à rechutes est mal connue encore. On peut se demander, en relisant attentivement l'observation de ma malade, si cette affection qui, après une incubation de 15 jours, frappe en même temps ou coup sur coup d'une façon si nette et intense le foie, la rate, les reins, n'est pas une infection générale d'emblée. Rien ne permet de l'affirmer, mais il faut bien reconnaître qu'elle en a toutes les allures et si les accidents rénaux ont suivi les accidents hépatiques on ne peut dire qu'ils étaient sous leur dépendance.

Les accidents, on se le rappelle, se sont produits chez ma malade à la suite d'absorption d'une grande quantité d'eau de Seine. Haas, de Prague, Pfuhl, d'Altona, dans des mémoires qu'ils ont publiés sur ce sujet, attribuaient à l'influence des eaux malsaines les cas assez nombreux qu'ils ont observés et considéraient leurs malades comme atteints de fièvre typhoïde combinée avec un ictère gastro duodénal.

M. Mathieu, qui a été un des premiers à étudier la question, pense qu'à la rigueur les agents pathogènes peuvent être ceux de la fièvre typhoïde. C'est fort possible, mais, si la malade que j'ai observée a été sous le coup d'une infection générale, ce n'est certainement pas la fièvre typhoïde qu'elle a eue.

Il est un dernier point que je désire mettre en relief, c'est que jusqu'à la fin de la maladie la rate est restée grosse et cette persistance de la splénomégalie, malgré la rémission apparente par deux fois des autres symptômes, a coïncidé avec l'abaissement continuel du taux de l'urée au-dessous de la normale. Il y a eu une crise polyurique, mais elle ne s'est pas accompagnée de crise azoturique, et même lorsque la rate a repris son volume habituel, l'urine ne contenait encore que 5 grammes d'urée par litre.

M. Netter. Les accidents que M. Dalché a observés ont été consécutifs à l'absorption d'une grande quantité d'eau de Seine, c'est-à-dire d'eau impure. C'est bien là la cause habituelle des accidents de ce genre. Nous savons aujourd'hui que l'eau renferme, à côté d'agents pathogènes bien connus — ceux de la fièvre typhoïde et du choléra par exemple — d'autres agents pathogènes dont l'action nocive, après une incubation de douze à seize jours, se traduit par une symptomatologie un peu polymorphe : ictère infectieux ictère à rechutes ou maladie de Weil, fièvre à rechutes sans ictère, etc.

M. Hanot. J'ai observé récemment un cas de maladie de Weil, d'ictère à rechutes, des plus caractéristiques, chez une malade qui avait été empoisonnée par des moules douze jours auparavant. L'observation est calquée, pour ainsi dire, sur celles qui ont servi à M. Mathieu et à W... pour décrire l'affection qu'ils ont dénommée l'un, typhus hépatique et l'autre, ictère à rechutes.

Cette affection constitue un type clinique si bien défini qu'il importe, suivant moi, de le décrire à part, de le séparer des autres ictères infectieux, alors même qu'il serait démontré que sa pathogénie ne diffère pas de celle des autres ictères infectieux.

Chez ma malade — après une première période caractérisée par de la fièvre, des courbatures, des céphalées violentes, des vomissements, des épistaxis accompagnés de tuméfaction du foie et de la rate — il s'est produit un abaissement de la température qui est tombée au-dessous de la normale. Puis, au bout de quelques jours, une rechute s'est produite, les mêmes accidents ont réapparu et, comme c'est la règle dans les cas de ce genre, ils ont été plus accusés que pendant la première période. Ces phénomènes nerveux (délire, abattement) ont été plus particulièrement intenses. Malgré tout, la guérison a été obtenue comme, d'ailleurs, c'est la règle dans les cas de maladie de Weil.

M. Rendu. Le seul cas typique d'ictère à rechutes que j'ai observé était chez un charcutier et les recherches que j'ai faites à l'époque m'avaient fait constater que, dans bien des cas de maladie de Weil, c'était l'absorption de viandes gâtées qu'il fallait incriminer pour expliquer les accidents. L'eau impure mérite, elle aussi, d'être incriminée et un cas que j'ai observé avec M. Rigal vient à l'appui de cette manière de voir. Il s'agit d'un jeune homme qui, en prenant un bain dans un étang alimenté par une eau impure, en avait absorbé une assez grande quantité. Il s'était produit une indigestion le jour même et huit à dix jours plus tard s'est déclaré un état typhoïde des plus graves (fièvre, diarrhée putride, tuméfaction énorme du foie et de la rate ; il n'y eut pas d'ictère). Ce cas rentre dans la catégorie des faits signalés par M. Netter.

M. Mathieu. Chez le malade qui m'a servi à établir le type clinique que j'ai désigné sous le nom de typhus hépatique à rechutes et que Weil a décrit quelques mois après, les accidents étaient survenus également après l'absorption d'une certaine quantité d'eau sale. A propos de ce malade dont l'aspect typhoïde était très prononcé, j'avais émis cette opinion que les phénomènes pouvaient s'expliquer peut être par une localisation particulière du virus typhique sur le foie. C'était là une simple hypothèse et c'est à tort qu'on m'a fait dire depuis que je considérais le typhus hépatique comme une forme spéciale de fièvre typhoïde.

M. Netter. Les accidents dont il est question ont été souvent attribués à l'ingestion de charcuterie avariée, cela est vrai, mais le rôle de l'eau n'en demeure pas moins prépondérant dans la plupart des cas. On peut même se demander si dans le cas de M. Hanot il n'est pas possible d'invoquer l'action nocive de l'eau que renfermaient les coquilles des moules de préférence à l'action directe des moules. Quoi qu'il en soit, il faut retenir de tous ces fa

possibilité d'une infection générale par de l'eau corrompue ; et cette infection se traduit cliniquement par une symptomatologie variée. Le syndrome ictère à rechutes peut en être la conséquence ; parfois c est une fièvre avec diarrhée putride qu'on observe comme dans l'un des cas apportés par M. Rendu.

M. Hanot. Il est utile de ne pas confondre dans une même description tous ces cas dont la pathogénie est peut-être semblable, mais qui diffèrent totalement par leur évolution clinique. Le syndrome d'ictère à rechutes a quelque chose de si spécial dans ses allures qu'il faut le mettre à part sous la dénomination de maladie de Weil ou, si l'on préfère, sous le nom de maladie de Mathieu, puisque c'est notre collègue qui semble en avoir donné le premier la description.

M. Netter. Je souscris volontiers à la manière de voir de M. Hanot, mais je ferai observer que cette précision qu'il veut apporter dans la description de l'ictère à rechutes n'existait certainement pas dans l'esprit des auteurs allemands qui ont écrit sur ce sujet et, dans le mémoire de Weil lui-même, on trouve une observation sûrement, deux peut-être, qui ne cadrent nullement avec la description de l'ictère à rechutes telle que la comprend M. Hanot.

Application des rayons Rœntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif. — M. P.-E. Launois présente un malade âgé de 47 ans, atteint d'une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius des deux mains. Cette affection, qui a débuté il y a 5 mois, chez un individu exempt de toute manifestation rhumatismale, tuberculeuse, blennorragique ou syphilitique, lui paraît, en raison de la bilatéralité, de l'existence d'atrophie musculaire, de rétractions tendineuses, de troubles phoniques et vaso-moteurs de la peau, devoir être rangée dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, dont elle semble être une première étape d'évolution. L'application des rayons Rœntgen, comme le montrent les photographies, a permis de reconnaître quelle large part il faut faire aux modifications du squelette (os et articulations) dans le gonflement et la déformation des régions malades.

L'auteur utilisant les rayons X poursuit des recherches sur les altérations du squelette dans le rhumatisme chronique progressif et espère pouvoir bientôt communiquer ses résultats à ses collègues.

Embolie de l'artère axillaire. — M. L. Galliard. La malade que je présente est une femme de 43 ans, atteinte de rétrécissement mitral sans rhumatisme antécédent. Elle a eu 2 accès d'asystolie ; au début du troisième accès, le 17 avril, elle éprouva subitement une douleur atroce à l'épaule droite ; le membre fut engourdi et refroidi et dès le lendemain on constata la cyanose de la main droite.

Elle entra dans mon service le 18. Je constatai la suppression du pouls dans les artères axillaire, humérale, cubitale, radiale a droite. Je vis la cyanose et l'algidité envahir la moitié inférieure de l'avant-bras (20 avril) pour gagner le coude (21 avril). A partir du 25, je n'eus plus à redouter la gangrène du membre ; l'asphyxie disparut d'abord à l'avant-bras puis à la main, le 29 la teinte livide n'existait plus et les douleurs de la main, très vives au début, s'atténuaient.

Traitement : inhalations d'oxygène ; digitale contre l'asystolie ; injections de morphine, liminent chroroformé ; régime lacté.

Actuellement on trouve des battements très faibles dans l'artère humérale ; rien dans les autres artères qui doivent cependant recevoir un peu de sang, puisque l'aspect du membre est à peu près normal. On note des signes de névrite périphérique ; troubles trophiques portant sur la peau et les articulations (raideur du poignet et des doigts) douleurs, œdème léger.

Infection dans un foyer d'hémorrhagie cérébrale. — M. Ballet rapporte l'observation d'un malade, ancien hémiplégique, qui succomba à une bronchio-pneumonie et à l'autopsie duquel on trouva des lésions intéressantes au niveau du foyer hémorragique cérébral ancien. Au lieu de constater les altérations habituelles (globules rouges détruits, cristaux d'hématoïdine, tissus de sclérose, etc ..) on trouvait, au microscope, des leucocytes en abondance et de nombreux cocci. Il y avait là des phénomènes de diapédèse accentués, indice d'une infection récente dont les cocci étaient la preuve.

Il s'était donc fait chez ce malade, au point où la résistance était moindre (foyer ancien d'hémorrhagie), une infection récente coïncidant avec l'infection bronchio pneumonique qui emporta le malade et peut être de même nature.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Sur les origines de la pelade. — M. R. Sabouraud. Les recherches dont je viens vous entretenir sont commencées depuis 1894. Elles ont porté sur 32 pièces anatomiques et sur 300 malades.

Les résultats qu'elles ont fournis ont trait à l'histologie et à la bacteriologie de la pelade vulgaire bénigne, à l'histologie et à la bactériologie de la pelade décalvante chronique.

Incidemment ces recherches m'ont amené à étudier la bactériologie de la *séborrhée grasse* et *de l'acné* qui ont avec la bactériologie de la pelade des points de contact difficiles à délimiter dès à présent d'une façon claire et définitive.

I. *Pelade vulgaire, bénigne.* — Dans l'étude histologique de la pelade vulgaire, bénigne à toutes ses périodes d'évolution, la seule phase initiale se montre microbienne.

Dès l'instant que la plaque peladique est constituée à l'état de surface glabre, aucun microbe ne peut plus être retrouvé ni dans la peau, ni dans le follicule, ni même à la surface de la peau, pas plus du moins que sur la peau normale.

Au contraire au début de la maladie, au moment où se produit la deglabratiou peladique, presque tous les follicules se montrent infectés ensemble de colonies microbiennes innombrables appartenant à une seule espèce bacillaire toujours la même, et dont les colonies se montrent invariablement pures. Ces colonies sont enclavées dans une sorte de cocon de matière cornée occupant le 1/3 supérieur du follicule pilaire (Utricule peladique).

Non seulement cette infection microbienne préexiste à toute lésion histologique, mais elle suffit à expliquer toutes les lésions histologiques ultérieures de la maladie ; car celles-ci débutent autour de l'utricule (atrophie papillaire des fol-

licules voisins, donnant lieu au cheveu peladique massué) ; aucune de ces lésions ne semble relever d'une action microbienne directe, et toutes au contraire semblent de simples lésions d'intoxication à distance. Ce sont :

1. L'achromie de la couche cellulaire profonde du corps muqueux de l'épiderme,

2. Une diapédèse intense de lymphocytes et de *mastzellen*.

3. L'atrophie progressive de follicules pilaires.

II. — *Pelade décalvante chronique.* Dans les pelades bénignes l'infection folliculaire est transitoire ; dans les pelades chroniques au contraire (formes dans lesquelles la permanence indéfinie du symptôme accuse la permanence de la cause morbide), le même microbe se retrouve constamment avec les mêmes localisations et en abondance le plus souvent infinie. Au point de vue histologique du reste, la pelade généralisée et totale ne diffère des pelades aiguës que par l'état demi-scléreux du tégument que l'infection chronique a constitué.

III. — *Le microbe de l'utricule peladique* est un fin bacille de un tiers de pouce de large et d'un demi à un pouce de longueur, colorable par presque toutes les méthodes de colorations connues et la méthode de Gram en particulier. Ses amas dans l'utricule sont tellement épais et denses que sur des coupes à 1/50 de millimètre la lumière les traverse à peine. Chacun de ces amas est constitué par des milliers d'individus. Dans les pelades aiguës malignes, l'utricule peladique prend une dimension inaccoutumée — en longueur — et au fond de l'utricule le microbacille s'agmine en chaînes mycéliennes flexueuses rubannées formant des pelotons compacts.

Cette infection colossale qui signale constammen les débuts de la pelade aiguë, infection par une espéce microbienne unique, semble devoir faire attribuer à cette espèce une valeur autre que celle d'une infection secondaire banale.

Toutefois il n'est aucunement possible, pour le moment du moins, d'affirmer que ce microbe est bien le microbe de la pelade, jusqu'à ce qu'on ait trouvé une méthode de culture qui rende ses inoculations faciles. Et ses cultures quoique possibles sont d'une extrême difficulté d'obtention.

Toute conclusion sur ce point doit donc être réservée, d autant plus que le *microbacille de l'Utricule peladique* ne peut être différencié que par sa forme mycélienne (dans les pelades aiguës) du microbe que Unna et Hodara ont décrit sous le nom *de bacille de l'Acné.*

Ce bacille de Unna-Hodara n'est pas la bacille de l'acné, c'est le *Bacille de la séborrhée huileuse* du visage et du cuir chevelu, séborrhée au cours de laquelle l'acné du visage n'est qu'un épiphénomène résultant de symbioses locales.

Les séborrhées sébacées huileuses du cuir chevelu sans être communes ne sont pas très rares, et bien que le microbacille de l'utricule peladique se retrouve en abondance sur les plaques de pelade extensive, même en l'absence de toute séborrhée grasse concomitante, aucune conclusion ferme sur la valeur pathogène du microbacille dans la pelade ne peut être affirmée jusqu'à preuves expérimentales décisives.

1. Ou bien le microbe de la séborrhée huileuse (*Bacille de l'Acné de Hodara*) et le *microbacille de l'utricule peladique* ne sont qu'un seul et même être. Et il reste à savoir pourquoi, au début de toute pelade, cette infection secondaire est son rôle.

2. Ou bien ce sont deux êtres différents : il faut les rencier expérimentalement. Et l'utricule peladique éta lésion initiale de toute pelade, le rôle peladogène du b de l'utricule reste à prouver.

3. Ou bien enfin le même bacille, suivant des condi de vie différente, sécrète ou non une toxine péladogè cette toxine il faut l'isoler.

Dans toute hypothèse, l'étude de cette espèce m bienne s'impose comme nécessaire, parce que, spéci ou non, elle se montre constante et unique dans la pe aux points précis et aux moments mêmes où la cliniq l'histologie démontrent que la maladie est active.

Des artérites rétiniennes syphilitiques. — Galezowski fait une commmunication sur ce sujet.

Deux cas de dyshydrose. — M. Gastou présente malades atteintes de dyshydrose. Chez la première l'a tion a pris la forme typique dans les espaces anterdigi et a gagné la paume de la main où elle se traduit par bouquets de vésicule qui ne se transforment pas da cours de leur évolution et disparaissent spontaném Elle n'a pas d'hyperhydrose, ni de signes manifestes d vropathie. L'affection est survenue il y a 2 ans à la d'une peur et procède par poussées estivales et h nales.

La seconde malade a les paumes des mains couv d'éléments d'apparence syphiloïde, formant des pla éruptifs analogues à la syphilis psoriasiforme. Mais à de ces éléments existent de grosses vésicules qui s'a mèrent par places et de petits vésicules interdigitall n'y a aucun antécédent syphilique, la malade a cette affe depuis 12 ans tous les étés, elle a une hyperhydro tense, l'affection a débuté avec la menstruation. Il chez elle une diminution de la sensibilité nette, mai d'autres troubles nerveux.

L'histoire de ces malades montre d'une part comb diagnostic de la dyshydrose est quelquefois difficile, lant l'égénia, la syphilis et, d'autre part, combien la p génie de l'affection est obscure puisqu'une de ces ma a de l'hyperhydrose et l'autre n'en a jamais eu.

Elephantiasis des organes génitaux externes, c cutif à l'ablation des ganglions lymphathiques i naux. — M. Georges Brouardel présente u d'éléphantiasis des organes génitaux externes, partic ment intéressant au point de vue de la pathogénie de l tion. La lésion a débuté trois mois après la cure par l tion d'une double adénite inguinale suppurée. — les téguments, les testicules sont augmentés de volum tout le testicule droit, et les vaginales contienne liquide.

Syphilis maligne. — M. Canuet présente une m syphilitique qui porte à la partie supérieure de chaque une vaste syphilide ulcéreuse phagédémique. Les lésion remarquables par leur symétrie. Sur le reste du cor constate de nombreuses cicatrices de syphilides, gro en bouquets et dont la disposition est également s trique ; aux épaules, aux coudes, les cicatrices sont ainsi dire identiques comme dessin et comme siège malade est très affaiblie ; une iritis lui a fait perdre l

n côté ; en outre elle présente une contracture toute ticulière des muscles postérieurs de la cuisse ; en effet, 'on cherche à obtenir l'extension complète de la jambe la cuisse, on voit qu'il est impossible de dépasser la ni flexion, et cela, sans qu'il y ait aucune lésion articu- re.

Sans vouloir insister sur le rapprochement à faire entre contractures et celles qu'on a signalées au biceps bra- ial de certains cas de syphilis, le fait devait être noté.

Ces accidents graves se sont montrés malgré un traite- ent sérieux.

Syphilis maligne précoce. — MM. CANUET et BARASCH ésentent une malade du service de M. le Prof[r] Fournier teinte d'une éruption remarquablement polymorphe et nfluente. Tout le corps est couvert d'éléments différents : éments papuleux, papulo-squameux, papulo-croûteux, i présentent surtout une grande confluence dans le s, où ils constituent de vastes placards croûteux, les oûtes sont pénétrantes comme enchâssées dans la peau. algré de telles lésions l'état général est satisfaisant, il y a ni céphalée, ni douleurs articulaires, ni fièvre. L'acci- nt initial reste ignoré malgré une recherche minutieuse, ais l'adénopathie inguinale permet de penser à un chancre ilvaire ayant débuté il y a quelques mois. Le polymor- isme de ces éléments fait rejeter l'hypothèse d'accidents tertiarisme. Le facteur de gravité paraît être dû à lcoolisme avoué par la malade ; on ne trouve ni tubercu- se, ni paludisme, etc.

MM. GAUCHER et BARBE présentent une trophonévrose ythémato-bulleuse de la face survenue chez un sujet pré- ntant des symptômes tabétiques.

M. DARIER présente une dermatite herpétiforme avec mptômes nerveux très atténués, c'est un ulcère perforant voile du palais survenu chez un sujet ni tabétique, ni philitique.

M. DANLOS fait une communication sur quelques prépa- tions arsénicales et leur emploi en pathologie.

Syphilis médullaire. — M. FOURNIER présente une mme qui a eu un chancre syphilitique il y a 3 ou 4 ans ; le fut atteinte plus tard d'accidents cérébraux survenus à reprises sous forme d'ictus aphasique dont elle guérit talement. Il y a quelque temps elle fut prise 1° de dou- urs à la nuque, à la partie inférieure du crâne et entre les ux omoplates ; 2° de troubles de la motilité (démarche sitante, impossibilité de courir) ; 3° d'inégalité pupillaire d'exagération des réflexes. Ces symptômes sont ceux ui ont été décrits par Charcot sous le nom de pachyménin- te cervicale hypertrophique. 6 injections de calomel ; iodure potassium, 6 gr. par jour, disparition des symptômes à urt l'inégalité pupillaire, ce qui est la règle, quand la ma- die est soignée dès le début.

Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite s pansements au sublimé. — M. EUDLITZ présente une alade âgée de 61 ans atteinte d'une dermatite exfoliatrice néralisée d'origine mercurielle. Cette éruption est sur- nue à la suite de pansements au sublimé qui avaient été its à la malade pour un panaris du pouce droit, datant cinq semaines. L'éruption a débuté par la main, puis gagné le bras. Elle a envahi actuellement les jambes, le partie de l'abdomen et du dos ainsi que le cou et cer- ins points de la face. La malade a de la séborrhée du ir chevelu. Le diagnostic ne saurait faire de doute car l'éruption présente les trois caractères décrits par M. le Prof[r] Fournier dans l'hydrargyrie cutanée à savoir : l'éry- thème, la desquamation fine, le suintement. La bouche et le tube intestinal de la malade sont intacts, comme cela se constate souvent dans les cas de ce genre.

Urticaire pigmentée. — M. EUDLITZ présente une petite malade âgée de 3 ans atteinte d'une éruption qu'il croit être une forme d'urticaire pigmentée. L'éruption a débuté il y a un an par des taches devenues rapidement pigmen- taires et dont quelques-unes sont légèrement papuleuses. Ces taches siègent sur le tronc et les membres supérieurs ; c'est l'apparition de quelques éléments nouveaux sur la face et les bras qui a décidé la mère à consulter pour sa petite fille dont la santé générale est d'ailleurs excellente.

Sur un nouveau cas d'amélioration considérable et durable d'un lupus par l'érysipèle. — MM. HALLOPEAU et G. BUREAU. Dans une récente communication à la société médicale des hôpitaux, M. Thibierge a formulé les conclusions suivantes : 1° Personne n'a établi que l'action de l'érysipèle ait amené la guérison définitive d'un lupus ; 2° loin de chercher à provoquer sur le tégument la ren- contre du bacille de Koch et du streptocoque, on doit l'évi- ter par tous les moyens possibles : l'apparition de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphantiasiques qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une maladie rebelle une difformité non moins persistante et plus gênante encore. En formulant et émettant ces propositions, M. Thibierge n'a pas présent à l'esprit un fait communiqué par l'un des auteurs à la société de dermatologie ; il s'agissait d'une malade complètement guérie depuis six ans d'un lupus par un érysipèle intercurrent ; celle qui fait l'objet de cette com- munication reste très améliorée depuis qu'elle a contracté un érysipèle il y a plus de six mois : ces faits sont pleine- ment démonstratifs. Pour ce qui est de l'état éléphantiasique que des érysipèles récidivants auraient amené chez la malade de M. Thibierge, son interprétation est des plus contesta- bles, car il s'est agi selon toute vraisemblance, non d'érysi- pèles, mais bien de lymphangites.

Sur un nouveau cas de pseudo-pelade probablement

Sur un nouveau cas de pseudo-pelade probablement trophonévrotique par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Les auteurs présentent une malade atteinte de plusieurs plaques d'alopécie avec calvitie des cheveux qui repoussent sur plusieurs d'entre elles : la symétrie parfaite des lésions, l'achromatose au niveau des plaques avec zone périphéri- que hyperpigmentée, la repousse de cheveux vigoureux bien que privés de pigment, et de légers troubles de la sensi- bilité au niveau des parties malades, sont en faveur d'une tropho-névrose et permettent d'éliminer la pelade vraie.

D[r] BARBE.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier le D[r] Mau- riac, inspecteur général de la salubrité de la Ville de Bor- deaux, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux*. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre très aimable et très distingué confrère.

Sont également nommés chevaliers M. Buchet (Charles pharmacien, directeur de la pharmacie centrale de France

et directeur du journal l'*Union pharmaceutique* auquel nous adressons nos plus vifs compliments ; M. Périer, pharmacien à Pauliac (Gironde) et M. Jeanjean, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier.

Les subventions aux laboratoires des facultés de médecine. — La chambre des députés a discuté jeudi dernier une proposition de loi de M. Audiffred et de plusieurs de ses collègues, tendant à allouer aux divers laboratoires de nos Facultés de médecine une somme de 250,000 francs pour recherches scientifiques.

Voici un résumé de cette discussion et surtout des discours prononcés par deux anciens agrégés de la faculté de médecine de Paris, M. Bourgoin et M. Villejean, très opposés tous les deux, comme on le verra, à ces subventions.

M. Bourgoin combat la proposition et donne des raisons que nous reproduisons in extenso.

« Nous sommes tous, et moi le premier, des amis de la science. J'ai passé une partie de mon existence à faire des recherches scientifiques; vous ne pourrez donc pas m'accuser d'être hostile de parti pris à un projet qui, dans une certaine mesure, semble me donner satisfaction. Mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir si ces 250 000 francs sont nécessaires, indispensables, s'ils doivent être pris sur le pari mutuel ou sur les deniers des contribuables. Eh bien, j'estime qu'il faut répondre négativement à cette question.

En effet, les laboratoires des écoles de médecine ont été dotés, depuis une vingtaine d'années, d'une façon exceptionnelle. Je me rappelle que lorsque je faisais, avec mes amis, des expériences sous la direction de nos maîtres, les Claude Bernard, les Berthelot, les Wurtz, les Frémy, l'Etat mettait généreusement à notre disposition ses laboratoires, et jamais il ne nous serait venu l'idée de demander aux Chambres de l'argent pour faire des expériences, qui sont, en somme, des expériences personnelles, qu'on entreprend pour résoudre des questions d'ordre scientifique.

Ces laboratoires étaient très mal dotés. Je me souviens que quand j'y travaillais avec Berthelot ils ne comprenaient, pour ainsi dire, que les quatre murs, quelques tables et des tableaux destinés à consigner les résultats de nos expériences. On nous donnait gratuitement l'eau et le gaz, voilà tout ! Aujourd'hui, pourquoi en serait-il autrement ? Pourquoi ne pas s'en rapporter à l'initiative privée, à la liberté individuelle ? Pourquoi vouloir faire tout supporter par l'Etat ? Comme le disait M. Dufaure, nous devons ménager les deniers des contribuables, c'est la question principale, qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Ces laboratoires sont aujourd'hui autrement outillés qu'autrefois et à cette époque il ne nous est jamais venu à l'idée de recourir à l'argent des contribuables pour faire des expériences de laboratoire.

M. Jourde. Quel était le montant de leur dotation ?

M. Bourgoin. Lorsque j'étais professeur agrégé, j'avais un traitement annuel de 500 francs. Aujourd'hui les agrégés des écoles de médecine et de pharmacie, au lieu d'avoir une rétribution annuelle de 500 francs, reçoivent 3,000 fr. en province, 4,000 fr. à Paris. Non pas que je trouve que ce soit un mal, au contraire; mais je dis que ce sont des avantages incontestables faits aux professeurs de nos Facultés, et que ces derniers sont aujourd'hui dans de meilleures conditions pour faire des recherches scientifiques.

Voici une autre raison qui est, je crois de nature à f beaucoup la Chambre : depuis cette année, les étu en médecine ne préparent plus leur premier exam doctorat dans les Facultés de médecine ; ils sont obli fréquenter les Facultés des sciences, qui seront néc rement dotées de nouveaux laboratoires, et c'est là que aura à subvenir à des dépenses nouvelles. D'autre pa professeurs avaient des traitements, il y a une vin d'années, et je m'en félicite, qui étaient de 2,400, 4,000 francs au plus ; aujourd'hui, leurs traitements s 6,000 à 9,000 francs en province, de 9,000 à 15,000 à Paris. Dans ces conditions, j'estime que ceux qu lent se livrer à des recherches scientifiques ne doive tendre la main à l'Etat. »

M. Villejean trouve « qu'en dehors de la diphté ne nous a pas encore donné tous les résultats qu espérions et dont nous ne connaîtrons probableme les effets d'ici une longue échéance, nous ne savons rien sur les maladies dont parle l'honorable M. Aud (sérothérapie de la fièvre puerpérale, de la pneumonie fièvre typhoïde, du choléra, de la tuberculose).

« C'est pour cela, ajoute M. Villejean, que je vien non seulement il est inutile, mais il est dangereux d rager tous les laboratoires de nos Facultés à se met recherche de ces découvertes ; il faut limiter les ef encourager seulement les laboratoires qui ont des ces recherches et qui ont un personnel pour faire ces ches. Bien loin de distribuer des fonds inutiles de côtés et de prodiguer les encouragements, il faut lim efforts dans une voie parfaitement déterminée. »

M. Villejean examine les propositions d'allocati divers laboratoires : Institut Pasteur, Val-de-Grâce d'Alfort, laboratoires de médecine expérimentale des tés de province.

M. Villejean termine ainsi :

« Comment ! voilà des laboratoires auxquels vous 15,000 francs ; vous attribuez 50,000 francs à cet Pasteur que vous avez déjà largement doté, qui a r plusieurs millions de souscriptions publiques, qu seulement les ressources que lui fournissent l'Eta taines villes, mais qui, de plus, tire un bénéfice éno la serumthérapie dont vous lui avez donné, ne l'oubl le monopole.

M. Rouzaud. On a bien fait. Il y a là des ga tandis que dans les fabriques clandestines il n'y en

M. Villejean. Ce qui n'empêche pas que le se Marmoreck préparé à l'Institut Pasteur a déjà occ des accidents sérieux parmi les malades de nos h

Je ne dis pas que vous avez mal fait et je n'atta l'Institut Pasteur ; seulement je compare ce que v fait pour lui avec ce que vous n'avez pas fait p laboratoires de la Faculté de médecine de Paris.

Vous avez doté largement l'institut Pasteur, trop ment, je le crois. Eh bien ! laissez donc l'Institut pour ce qu'il est, c'est-à-dire une œuvre d'initiative Il a rendu et rendra encore d'énormes services, je premier à le reconnaître ; mais laissez-lui le caract culier qui lui appartient. Il fait des bénéfices sérums, tant mieux pour lui ! Il les consacrera uniq je l'espère, à faire progresser les recherches qui domaine de la bactériologie. Mais, — et c'est un appel que je vous fais, n'oubliez pas, messieurs,

250.000 francs que M. Audiffred vous demande, vous n'avez pas le droit de les prendre sur le pari mutuel »

M. Lannelongue défend très vivement le projet, et le crédit total de 250 000 francs, dans lequel 50 000 seront attribués à l'Institut Pasteur. Il propose de le voter tous les ans ou pour une période déterminée.

M. Riotteau propose d'inscrire au budget de l'instruction publique 125 000 francs à attribuer aux laboratoires susindiqués pour faire leurs recherches. Chaque année on voterait certainement cette subvention.

M. Méline, président du conseil, fait observer que le Gouvernement ne peut faire que des allocations annuelles et que c'est pour cela qu'il a consenti sur la demande de M. Audiffred à prélever cette année 125 000 francs sur les fonds du pari mutuel.

M. le président. Je donne lecture de la nouvelle rédaction présentée par la commission pour l'article unique de la proposition de loi :

« *Article unique.* — Il sera alloué sur l'exercice 1897, à l'Institut Pasteur et aux laboratoires d'enseignement supérieur de Paris, y compris le Val-de-Grâce et l'Ecole vétérinaire d'Alfort, une somme de 32,500 francs, qui sera consacrée aux recherches expérimentales sur les maladies infectieuses et contagieuses, notamment à l'étude des vaccins et serums. 32 500

« Aux laboratoires de médecine expérimentale des Facultés de médecine de Lyon, Bordeaux, Montpellier, Toulouse, Lille et Nancy, et des écoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse, une somme de 62,500 francs, consacrée également aux recherches expérimentales sur les maladies infectieuses et contagieuses comprenant l'étude des vaccins et serums 62 500

« Il sera alloué, sur l'exercice 1897, aux cliniques, aux laboratoires de thérapeutique, de pharmacologie et de chimie médicale des Facultés de médecine et Ecoles de pharmacie, pour la recherche des méthodes de traitement et des médications des maladies non contagieuses, une somme de 30,000 francs. 30 000

Total. 125 000

« Le Ministre de l'instruction publique répartira entre ces divers laboratoires les allocations ci-dessus.

« Cette somme de 125,000 francs sera imputée sur les fonds du pari mutuel consacrés aux œuvres d'assistance (art. 5 de la loi du 2 juin 1891).

« Les résultats de ces recherches scientifiques seront consignés dans des rapports adressés au Ministre de l'instruction publique par chacun des établissements, laboratoires et services subventionnés. Ces rapports seront transmis par le Ministre soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine. »

La question d'ordonnancement de cette somme a soulevé ensuite une discussion entre divers membres. Finalement, M. Viger a fait la proposition suivante :

« J'ai tout lieu de croire que si M. le président du Conseil soumettait dans une des prochaines séances de la commission du pari mutuel le vœu de la Chambre, tendant à un prélèvement de 125,000 francs, cette commission accorderait ce prélèvement sans difficulté, et il serait possible de le payer presque immédiatement. Vous auriez ainsi atteint votre but. »

A la séance de mardi 16 juin, l'ordre du jour appelait la suite de la discussion de la proposition Audiffred.

M. Audiffred, rapporteur, rappelle que, dans la dernière séance, le président du conseil a promis de demander à la caisse du pari mutuel une somme de 125,000 francs à répartir entre les divers laboratoires de médecine.

Il propose à la Chambre de prendre acte de la promesse du gouvernement et d'ajourner la question jusqu'à la discussion du budget de 1897.

La Chambre adopte par mains levées la motion de M. Audiffred.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 juin 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Charier, Duprey et Granjux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Berger, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Peradon, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Petit, Forget, Tollemer, Tisserand, Sauvez, Cornet, Perriolat, Peries, Mainguy, Corby, Ancelet, Milhau, Ripault, Michel, Rogier, Thibaud, Boichon, Lalande, Mérieux, Martin, Hoche, Meynet, Manceau, Triger, Minelle, Lucas, Marlière, André, Aubineau, Bazor, Vitrac et Segonzac.

Corps de santé de la marine. — Par décrets, en date du 9 juin 1896, sont nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le Dr Dubut, médecin de première classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le Dr Le Marc'hadour, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décret, en date du 10 juin 1896, M le Dr Tartarin, médecin sanitaire maritime, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Hôpitaux de Paris. — Classement général et répartition dans les services hospitaliers des internes en pharmacie pour l'année 1896-1897. MM. les élèves internes en pharmacie, actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1896-1897.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter à l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements, savoir :

MM. les internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 23 juin, à trois heures ;

MM. les internes de 1re année, le vendredi 26 juin à trois heures.

IIIe Congrès international de dermatologie tenu à Londres du 4 au 8 août 1896. — Les séances du Con-

grès auront lieu dans les salles d'examens du Royal collège of Physicians and Surgeons, Victoria Embarkment.

PROGRAMME. — *Mardi 4 août* : 11 heures du matin, organisation ; midi, allocution du président ; 3 heures après midi, discussion sur le Prurigo. Rapporteurs : 1 Dr Besnier (Paris), 2. professeur Kaposi (Vienne), 3. Dr J.-C. White (Boston). 4. Dr Payne (Londres).

Mercredi 5 août : 9 heures démonstrations cliniques; 10 h. 1/2, discussion sur l'Etiologie et les variétés des kératoses. Rapporteurs : 1. Dr Unna (Hambourg), 2. Dr H.-G. Brooke (Manchester), 3. professeur Mibelli (Parme). 4. Dr W. Dubreuilh Bordeaux) ; 10 h. 1/2, discussion sur la Réinfection syphilitique. Rapporteurs : 1. profr Fournier (Paris), 2. professeur Lang (Vienne), 3. M. Alfred Cooper (Londres), 4. Dr Fitzgibbon (Dublin); 2 heures, démonstrations cliniques; 3 heures, communications particulières.

Jeudi 6 août : 9 heures, démonstrations cliniques; 10. 1/2, discussion sur les Tuberculoses cutanées autres que le lupus vulgaire. Rapporteurs : 1. Dr Nevins Hyde (Chicago), 2. Dr Hallopeau (Paris). 3. Dr Radcliffe Crocker (Londres), 4. Dr G. Riehl (Vienne) ; 10 h. 1/2, discussion sur la Durée de la période contagieuse de la syphilis. Rapporteurs, 1. M. Hutchinson (Londres), 2. professeur Campana (Rome), 3. professeur Lassar (Berlin), 4 Dr Feulard (Paris) ; 2 heures, discussion sur les Teignes et trichophytons. Rapporteurs : 1. Dr Sabouraud (Paris), 2. professeur Rosenbach (Gottingen), Morris (Londres).

Prendront encore la parole sur ce sujet MM. Unna, Colcott Fox, etc.

Vendredi 7 août : 9 heures, démonstrations cliniques ; 10 h. 1/2, discussion sur la Nature et les relations du groupe érythème multiforme. Rapporteurs : 1. profr de Amicis (Naples), 2. Dr T.-H. Veiel (Stuttgart), 3. Dr Prince Morrow (New-York), 4. Dr Stephen Mackenzie (Londres) ; 10 h. 1/2, Discussion sur la Syphilis maligne. Rapporteurs : 1. profr Haslund (Copenhague), 2. profr Neisser (Breslau), 3. profr Tarnoyski (Saint-Pétersbourg) ; 2 heures, démonstrations cliniques ; 3 heures, communications particulières.

Samedi 8 août : 9 heures, présentations relatives aux communications.

Le prix de la souscription au Congrés, donnant droit au volume des comptes rendus est de 25 francs.

Les médecins qui désirent prendre part au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion dès maintenant et de payer leur souscription le plus tôt possible.

Le secrétaire général du Congrès est M. le Dr Pringle, 23 Lower Seymour Street, Portman-Square, Londres.

M. le Dr Henri Feulard, Paris 20 rue Saint-Georges, secrétaire correspondant pour la France, se charge de réunir les adhésions et de les transmettre au comité d'organisation.

La mortalité à Paris. — Pendant la 24e semaine du 7 au 14 juin 1896 le service de la statistique a compté 844 décès au lieu de 916 et de la moyenne 924. L'état sanitaire est donc d'autant meilleur que sur ces 844 décès 29 sont signalés en retard et ont eu lieu pendant les semaines précédentes.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (38 au lieu de 43 et de la moyenne 70), la fièvre typhoïde a causé 1 décès, chiffre identique à la semaine dernière au lieu de la moyenne 9, la rougeole 16 décès au lieu de 14 et de la moyenne 32, la scarlatine 6 au lieu de 5 et de la moyenne 5, la coqueluche 4 au lieu de 10 et de la moyenne 8, la di[p]térie 8 chiffre identique à celui de la semaine précédente lieu de la moyenne 13.

Il n'y a pas eu de décès par typhus.

On a signalé 2 décès par influenza et 1 décès par varic

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 31 dé au-dessous de 1 an au lieu de 48 et de la moyenne 67.

En outre 24 enfants sont morts de débilité congénitale

Les maladies inflammatoires des organes de la respi tion ont causé 76 décès (au lieu de 101 pendant la sema précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la s son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronch aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne de 13); bronch chronique, 11 décès (au lieu de la moyenne 21); bronc pneumonie, 20 décès (au lieu de la moyenne 32) ; pneum nie 3 décès (au lieu de la moyenne 33). Les autres malad de l'appareil respiratoire ont entraîné 31 décès, dont sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 160 décès au lieu de moyenne 181; la méningite tuberculeuse, 22 décès; la m ningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles précèdent ont causé 33 décès ; l'apoplexie, la paralysie le ramollissement cérébral, 54 décès, et les maladies or niques du cœur, 45; le cancer a fait périr 57 personn Enfin, 22 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 28 suicides et 17 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 334 mariages.

On a enregistré la naissance de 1030 enfants viva 1513 garçons et 517 filles, dont 727 légitimes et 303 il gitimes. Parmi ces derniers, 41 ont été reconnus immé tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 354 enfants, d 13 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 90 seront n ris au sein et 264 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 65 morts-nés, dont 43 l times et 22 illégitimes.

Club médical vélocipédique. — La prochaine ex sion du Club médical vélocipédique aura lieu le dima 21 juin 1896.

Rendez-vous à 7 heures, Porte-Maillot. (Restau Gillet.)

Départ pour Rambouillet, par Montretout, Versai Toussus, Châteaufort et Cernay. Halte à Versailles, p d'armes, jusqu'à neuf heures du matin.

Déjeuner à midi. Hôtel du Lyon d'Or. Retour par D pierre, Chevreuse, etc. Dr Guillot, capitaine de route.

Comité pour 1896 ; Dr Bilhaut. président ; Dr Mallet; crétaire ; G. Derbecq, trésorier.

L'excursion du 5 juillet aura pour objectif : Melun e forêt de Fontainebleau.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régén teur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constip pas.*

Le Gérant : A. CHEVALLERAU

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.